Aus der Chirurgischen Universitäts-Klinik zu Halle a. d. S.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Georg Ochse
aus Halle a. d. S.

Referent: Prof. Dr. Voelcker, Halle a. d. S.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Halle a. d. S. 1922.
Buchdruckerei Emil Wolff & Söhne.

Die Gallenwege-Operationen in der Zeit vom 1. Oktober 1919 bis 31. Dezember 1921 an der Chirurgischen Universitäts-Klinik zu Halle a. S.

unter besonderer Berücksichtigung ihrer Indikationsstellung.

Verfasser berichtet eingehend über 148 während der Berichtszeit in der Chirurgischen Universitäts-Klinik zu Halle a. S. behandelte Fälle von Erkrankungen der Gallenblase und Gallenwege, von denen 126 einem operativen Eingriff unterworfen wurden. Die letzteren teilt er nach Anamnese und Befund unter besonderer Berücksichtigung etwa bestehender Komplikationen, wie Steineinklemmung, Peritonitis, Sepsis usw., die in ihrer Gesamtheit die Operationsanzeige abgaben, in fünf Gruppen ein:

1. Einfache Fälle, bei denen die Erkrankung auf die Gallenblase beschränkt war, ohne jegliche lebensbedrohende Komplikationen, also Erkrankungen an Cholecystitis acuta, an chronisch rezidivierender Cholezystitis im entzündlichen Anfall und im schmerzfreien Intervall sowie an Hydrops vesicae felleae.
2. Erkrankungen mit Sepsis, d. h. ausgesprochene Empyeme, und solche mit Beteiligung des Peritoneums infolge Gangrän oder Perforation der Gallenblasenwand.
3. Fälle mit akutem oder chronischem Verschluß des Ductus choledochus.
4. Erkrankungen, in denen ursprünglich ein anderes Leiden diagnostiziert war (Ileus, Appendizitis usw.), während, wie sich bei der Laparotomie herausstellte, die Krankheit ihren Ursprung von der Gallenblase genommen hatte.
5. Maligne Neubildungen (Karzinome usw.).

Rein zahlenmäßig unter Berücksichtigung des jeweiligen Ausgangs in Heilung oder Tod ergibt sich folgende Übersicht:

	Einfache Fälle	Fälle mit Sepsis (Empyeme) usw.	Fälle mit Choledochusverschluß	Fälle mit anderer Diagnose	Neubildungen
Zahl	74	23	10	9	10
Prozent von 126	58,7	18,2	7,9	7,3	7,9
Geheilt . . .	74	20	5	6	5
Gestorben . .	—	3	5	3	5
Mortalität % .	0	13	50	33,3	50

Todesursachen.

Fälle mit Sepsis (Empyeme) usw.	Fälle mit Choledochusverschluß	Fälle mit anderer Diagnose	Neubildungen
1 Herzschwäche 1 Sepsis 1 ?	1 Collaps 1 Sepsis 1 Myodegen. cord. 1 Choläm. Nachblutg. aus Cystica-Ast 1. embol. Infarkt	1 Collaps 1 Myodegen. cord. 1 Bronchopneumonie	5 Herzschwäche

Die zum Vergleich angeführten Statistiken aus den letzten Jahren von Heidenhain, Friedemann, Rohde und Zoepffel enthalten ähnliche Zahlen, vor allem zeigen sie übereinstimmend, daß in den einfachen Fällen die Mortalität fast gleich Null ist, während jeder Eintritt von Komplikationen, zu dem es bei allzu lange abwartender interner Therapie kommen kann, die Prognose verschlechtert. Daraus ergibt sich die Forderung, daß die Patienten bei Gallensteinleiden usw. rechtzeitig, noch ehe irgendwelche Komplikationen aufgetreten sind, dem Chirurgen zur operativen Beseitigung des Leidens zugeführt werden müssen, oder, wenn solche schon vorhanden sind, der Eingriff so schnell als möglich vorzunehmen ist, bevor der Körper allzusehr an Widerstandsfähigkeit verloren hat. Im Anschluß hieran stellt Verfasser für die einzelnen Krankheitsformen unter Berücksichtigung der sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse sowie etwa bestehender direkter oder indirekter Lebensgefahr die Indikationen für ein chirurgisches Vorgehen bei der Cholezystitis und Cholelithiasis auf, insbesondere fordert er für die Cholecystitis acuta mit Ausnahme der leichten Fälle, die einer internen Therapie vorbehalten bleiben, die Frühoperation ähnlich wie bei der akuten Appendizitis, da sie technisch leicht auszuführen und dabei relativ gefahrlos ist.

Von den Operationsmethoden verdient die radikale Methode der Cholezystektomie vor der mehr konservativen der Cholezystendyse bezw. Cholezystostomie den Vorzug, da auch die makroskopisch scheinbar gesunden Gallenblasen meist schon schwere histologische Veränderungen in der Struktur der Blasenwand (Erweiterung der Luschkaschen Gänge) aufweisen, die eine restitutio ad integrum nicht erhoffen lassen, vielmehr eine günstige Basis für ein Wiederaufflackern der Entzündung darstellen. Liegt eine Beteiligung der tiefen Gallenwege infolge Einwanderung oder Einklemmung von Konkrementen oder cholangitische Prozesse vor, so ist neben der Cholezystektomie noch die Choledochotomie mit anschließender Drainage des Ductus hepaticus mittels T-Rohr od. dergl. vorzunehmen.

Verfasser schildert dann kurz das Verfahren, wie es gegen-

wärtig an der Chirurgischen Universitäts-Klinik in Halle ausgeübt wird. Die „ideale Cholezystektomie“, wie sie v. Haberer für bestimmte Fälle in Vorschlag gebracht hat, lehnt er ab wegen der Gefahr des Entstehens einer galligen Peritonitis für den Fall, daß die Ligatur des Ductus cysticus insuffizient wird. Ein auf Leberbett und Zystikusstumpf eingeführtes Glasdrain, das nach zwei bis drei Tagen, wenn die Zystikuswände miteinander verklebt sind, entfernt wird, bietet hinreichenden Schutz ohne besondere Nachteile.

Rezidive kommen auch nach Cholezystektomien noch vor, doch sind „echte“ Rezidive, die durch Neubildung von Konkrementen in den Gallenwegen zustandekommen, sehr selten; meist handelt es sich um „unechte“ Rezidive, für die entweder übersehene, nicht entfernte Steine oder postoperativ entstandene Strikturen, Adhäsionen sowie leichte cholangitische Nachschübe verantwortlich zu machen sind.